N° 61.

DU PSOÏTIS.

DISSERTATION

publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 20 Juillet 1841,

PAR P.-L-P. ALLEMAND,

d'ALLEMAGNE (Basses-Alpes),

Chirurgien chef interne des hôpitaux civils de Toulon, Prosecteur d'accouchement à la Maternité de la même Ville, Membre correspondant de la Société académique de médecine de Marseille, de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, etc.;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

« Chaque connaissance que j'acquiers est une conquête que je fais pour le soulagement de l'humanité souffrante. »
CRUVEILHIER, *Anat. descr. intr.*

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE FRÉDÉRIC GELLY, RUE ARC-D'ARÈNES, 1.

1841.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

Ancien chirurgien des armées navales.

Dès mes premiers ans, vous m'aviez destiné à l'étude de la médecine; vous m'aviez inspiré du goût pour cette belle science, et vous avez ensuite tout sacrifié pour voir se réaliser des vœux qui étaient devenus les miens; mais à peine commençais-je à comprendre la grandeur de cette noble carrière, à peine commençais-je à me passionner pour elle, que vous me fûtes enlevé.... et il ne me reste maintenant que des regrets éternels à vous donner..... Mais qu'ils sont vifs ces regrets!... qu'ils sont cruels les destins!...

A MA MÈRE.

Pendant toute ma jeunesse, alors que je possédais mon Père, vous avez été l'exemple de l'amour maternel; lorsque la mort est venue nous enlever ce Père chéri, vous avez tâché de le remplacer; vous n'avez reculé devant aucune peine, aucun sacrifice pour me rendre moins sensible cette perte irréparable, et vous y seriez parvenue, si le vide qu'elle laissait dans nos cœurs avait pu être comblé! Amour et reconnaissance de tous les jours de ma vie.

A MES SŒURS.

Amitié à jamais inaltérable et dévouement sans bornes.

A M. ROUX (de Brignolles),

Professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Permettez, cher et honoré Maître, *que j'inscrive votre nom en tête de ce faible travail, car vous avez exercé une grande influence sur la direction de mes études médicales. Mon esprit naturellement inquiet, s'élançait volontiers vers les principes de la science, se plaisait dans les discussions obscures, souvent paradoxales de la pathologie générale et de la médecine proprement dite, lorsque, par votre exemple, par votre génie chirurgical, vous m'avez inspiré des idées plus positives et m'avez fait aimer la chirurgie, cette brillante branche de nos connaissances, que vous cultivez avec tant de bonheur. Recevez ma reconnaissance bien sincère.*

PROSPER ALLEMAND.

Deux d'entre les quatre questions qui m'ont été désignées par le sort auraient demandé, pour être traitées un peu longuement, des connaissances chimiques ou microscopiques profondes et multipliées, et j'étais trop peu familiarisé avec ces sciences pour oser entreprendre un pareil travail. La troisième question, avait pour sujet une affection légère de l'œil, bien connue et facilement curable par une opération ordinairement très-simple; aussi, comme je l'avais fait des deux premières, me suis-je contenté d'en dire quelques mots. La quatrième, au contraire, attirait toute mon attention; quoique restreinte dans son énoncé (1), elle se rattachait à une maladie tellement obscure, sur laquelle les auteurs étaient encore en si grande dissidence, que je me suis permis d'agrandir mon texte et de traiter de l'inflammation du muscle psoas en général. Trop heureux, si par mes quelques recherches, je pouvais dissiper un peu du vague qui règne encore sur ce sujet, et m'attirer par là la bienveillance de mes Juges.

DU PSOÏTIS.

On croit généralement que le psoïtis était complètement inconnu des anciens, et que cette maladie est d'une observation toute nouvelle; cependant, en consultant des auteurs qui ont devancé d'assez long-temps notre époque, on peut reconnaître dans la description qu'ils donnent du lum-

(1) La question était : *Préciser les caractères anatomiques de la maladie connue sous le nom de Psoïtis.*

bago, certains symptômes qui se rattachent à l'inflammation du muscle psoas. Cœlius-Aurélianus, qui regardait le muscle psoas comme le siége du lumbago et qui décrivait cette maladie sous le nom de *psodiacis*, admettait deux variétés, une extérieure et l'autre intérieure; la seconde, représentant assez bien certains caractères du psoïtis: *Si itaque*, dit-il, *exteriores musculi fuerint in passione etiàm tactu tentati, dolescunt. Interiores autem ex interioribus dolorem accipiunt tanquàm nephriticis contingit.* Il est facile aussi de reconnaître, dans la courte description que Sydenham donne du rhumatisme lombaire, quelques symptômes propres à la maladie dont nous nous occupons... *Nàm prœter dolorem atrocissimum, et vix ferendum circà ipsos renes, aliquandò et ureteres per omnem eorum ductum ad vesicam usque....* Barthez disait que quelquefois le lumbago attaque les muscles fléchisseurs des vertèbres, et semblait par là adopter la division de Cœlius-Aurélianus; Stoll mettait déjà en garde les médecins contre les difficultés qu'il y a souvent à distinguer le rhumatisme lombaire des inflammations et des suppurations du muscle psoas.

On pourrait croire, d'après le rapprochement que je tâche d'établir entre le psoïtis et les affections rhumatismales des lombes, que je confonds le rhumatisme avec l'inflammation : quelques mots vont éclaircir ma pensée. Malgré M. Bouillaud et plusieurs autres auteurs, qui regardent le rhumatisme comme une inflammation pure et simple; malgré les expériences sur le sang de MM. Andral et Gavarret, qui tendent à le rapprocher de la classe des phlegmasies, je persiste, avec le plus grand nombre, à considérer le rhumatisme comme une affection spéciale, qui peut bien, par quelques-uns de ses points, se rapprocher des phlegmasies, mais s'en éloigne excessivement par un grand nombre d'autres. Le diagnostic différentiel de ces deux affections, établi par Stoll dans les premières pages de sa *Médecine pratique*, les opinions de Barthez, Sydenham, Lordat, Chomel, etc., et l'observation des malades seront toujours présents à ma mémoire et me maintiendront dans cette opinion. Mais je crois aussi que souvent on a confondu l'inflammation franche des muscles lombaires avec leur affection rhumatismale ; le rhumatisme étant une affection spéciale, a besoin, pour se déclarer, de l'action d'une cause spécifique, et je ne regarderai jamais comme pouvant lui donner naissance les lésions

traumatiques ; les fatigues produites dans cette région par certaines professions, par le coït immodéré. Dans ces derniers cas, le lumbago est une véritable inflammation plus ou moins grave, il en suit toutes les phases et en subit toutes les terminaisons : la suppuration et la gangrène en sont quelquefois la suite Morgagni cite un exemple de la première terminaison, et on en lit un autre de la seconde dans la *Lancette française*, du 13 juillet 1832.

Le psoas peut, aussi bien que les autres muscles lombaires, être atteint de rhumatisme, mais beaucoup plus rarement cependant que la couche superficielle de ces muscles ; l'on peut reconnaître, en les lisant attentivement, que les auteurs, qui, dans leur description du lumbago, relâtent des symptômes propres au psoïtis, n'avaient à faire dans ces cas qu'à une inflammation plus ou moins vive des masses lombaires, et non à une véritable maladie rhumatismale.

Ainsi, pour les anciens, le psoïtis est complètement confondu avec le lumbago; les modernes seuls, les auteurs Allemands les premiers, ont séparé ces deux affections, et bien souvent à tort, suivant moi, n'ont laissé entr'elles aucune corrélation. Les anciens pathologistes avaient rarement parlé des suppurations; ce sont les modernes, qui, dans leurs recherches d'anatomie pathologique sur les collections purulentes de l'aine, ont reconnu que quelquefois elles avaient pour point de départ la destruction par suppuration du muscle psoas ; ils ont tâché de les distinguer des autres abcés symptomatiques, et pour cela ils ont eu recours aux commémoratifs ; ils ont alors reconnu un psoïtis, qu'ils ont complètement séparé de toute autre affection, et qu'ils ont regardé comme une maladie grave, se terminant presque toujours par des suppurations souvent mortelles. Ainsi considérée, cette maladie est devenue tellement rare, que plusieurs auteurs, venus après, ont été tentés de la nier; M. Roche dit que depuis quinze années de pratique, il ne l'a pas observée, et que plusieurs de ses confrères interrogés à ce sujet, ont été dans le même cas.

De ces quelques considérations, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Le rhumatisme est une affection spéciale et non une inflammation pure et simple des tissus musculaires ou fibreux.

Le lumbago n'est pas toujours une affection rhumatismale, souvent il n'est constitué que par une inflammation plus ou moins violente des masses lombaires, y compris le muscle psoas.

Le psoïtis est moins rare et moins grave que ne le disent les observateurs modernes. Cette erreur provient de ce qu'ils n'ont eu en vue que les inflammations violentes ou chroniques du muscle psoas, se terminant souvent par suppuration, et qu'il ont négligé les cas où cette inflammation était plus légère et moins bien séparée de celle des autres corps charnus des lombes.

Une maladie de l'illustre Boërhaave, que des auteurs ont regardée comme un lumbago, tandis que d'autres l'ont prise comme un exemple de psoïtis, vient confirmer l'idée que nous avons émise en dernier lieu.

Cet homme si célèbre à tant de titres, se livrait avec ardeur aux travaux qu'exigeait la direction du jardin botanique de Leyde. Pendant qu'il était à quatre heures du matin à travailler dans ce jardin, il ressentit une douleur très-intense, occupant la région rénale gauche, et se prolongeant le long de l'uretère jusqu'au pubis; il crut à la descente d'un calcul dans la vessie, il eut des nausées; la maladie persista et dura trois mois avec des douleurs atroces; il survint une paralysie assez prononcée du membre, enfin, il recouvra la santé.

Cette observation renferme bien quelques caractères du psoïtis, mais il serait impossible de la regarder comme telle, si nous nous en tenions à la restriction que les modernes ont donnée à ce mot. On ne sera donc pas étonné si nous nous éloignons des idées nouvelles, et si nous donnons une plus large extension à l'inflammation du psoas. Il nous serait très-difficile même de donner une description de cette maladie, dans le sens qu'on lui donne généralement, tellement les observations bien caractéristiques sont rares et peu concluantes : presque toutes laissent quelque chose à désirer. Ainsi, il est facile de reconnaître dans l'observation de Ethmuller, publiée dans la *Bibliothèque médicale*, tom. LVIII, et donnée comme une suppuration du muscle psoas, un de ces abcès survenus dans le tissu cellulaire du bassin à la suite de colites intenses, et si bien décrits dans ces derniers temps par Dance, Dupuytren, MM. Husson et Ménière. Plusieurs des symptômes et des terminaisons attribués par Kyll, le seul auteur qui

aitdonné un travail assez étendu sur les suppurations du psoas, sont dans le même cas et doivent être rapportés aux mêmes causes ; il reconnaît que le psoïtis est plus grave, plus fréquent, qu'il se termine plus souvent par suppuration lorsqu'il occupe le côté droit que lorsqu'il a son siége au côté gauche, et l'on sait très-bien que c'est surtout dans la fosse iliaque droite, aux environs du cœcum, que les auteurs cités plus haut ont observé les abcès du tissu cellulaire intrà-pelvien ; il dit aussi que, dans beaucoup de cas, il y a une diarrhée très-violente, qui augmente au moment de la formation du pus, et qui peut obliger alors le malade à aller 80 fois à la selle dans les vingt-quatre heures ; il ajoute que les matières diarrhéiques sont souvent purulentes.

Comme dans l'observation de Ethmuller, l'on voit la maladie décrite par Kyll, avoir souvent de grands rapports avec l'intestin, et le pus s'ouvrir quelquefois une issue dans ce dernier organe, ce qui serait impossible, si ces suppurations appartenaient au psoas, par les raisons anatomiques alléguées par le docteur Peytavin-Garan, de Marseille, dans une bonne thèse soutenue devant cette Faculté en 1833. « La plupart des auteurs, dit-il, qui ont parlé du psoïtis, ont avancé que le pus pouvait fuser dans le bassin et former des abcès dans les parties molles qui l'environnent. Malgré la déférence et le respect que commandent les noms célèbres de plusieurs d'entr'eux, je ne saurais ici partager leur opinion. Ils me paraissent s'être mépris, et leur erreur vient, soit de ce qu'ils n'ont pas établi de distinction entre cette affection et celle du tissu cellulaire sous-péritonéal, soit de ce qu'ils n'avaient pas une connaissance exacte du *fascia iliaca*. S'ils avaient, en effet, donné un soin particulier à son étude, ils auraient vu que, solidement fixé à la marge du détroit supérieur du bassin, il oppose un obstacle invincible à tout liquide qui, épanché sous lui, tendrait à pénétrer dans cette cavité. Ce phénomène ne pourrait avoir lieu que dans le cas extraordinaire où cette aponévrose aurait été détruite ; mais ce désordre en supposerait d'autres antérieurs plus que suffisants pour entraîner la mort du malade. »

Si nous faisions le dépouillement des observations renfermées dans différents auteurs, nous verrions que la plupart sont aussi peu concluantes que les précédentes, et que les suppurations considérées comme suite de

psoïtis, quoique réelles et bien caractérisées dans certains cas, sont souvent secondaires à une autre affection ou ont un siège tout différent.

Le psoïtis sera donc pour nous une affection généralement peu grave, souvent liée à l'inflammation des autres corps musculeux de la même région ; dans certains cas cependant, formant une affection bien isolée et alors donnant lieu quelquefois à des abcès symptomatiques, toujours redoutables.

Causes du psoïtis. Sans faire l'étalage des causes prédisposantes qui, presque toujours les mêmes, se trouvent en tête de l'étiologie des maladies les plus diverses, je diviserai les causes du psoïtis en causes fonctionnelles et en causes traumatiques. Les premières amènent un centre de fluxion vers l'organe en le fatiguant par la mise en action trop souvent répétée ou trop violente de ses fonctions physiologiques; dans ces cas, la maladie est souvent partagée par les muscles lombaires. Les secondes tendent à détruire son organisation, et agissent sur lui d'une manière plus spéciale et plus isolée. Ces deux ordres de causes sont liés par les ruptures des fibres du muscle, suites de contractions violentes qui ne sont que la fonction physiologique poussée à l'extrême.

Les causes fonctionnelles sont: les marches forcées demandant, surtout sur un terrain montueux et inégal, une forte contraction des muscles fléchisseurs du bassin pour que le corps se maintienne en équilibre et soit porté en avant; certaines professions qui exigent pendant des journées entières la flexion et l'extension répétées du bassin et des lombes, comme les paysans dans la plupart de leurs travaux, les tanneurs. J'ai connu un chocolatier qui était obligé de suspendre son travail pendant plusieurs jours, lorsqu'il avait plus que de coutume broyé du cacao, cette opération demandant non-seulement un mouvement de flexion et d'extension continuel, mais encore un certain effort pour appuyer sur un rouleau qui est mû sur les graines à moudre. Les professions qui demandent la flexion du corps en avant, comme celles de portefaix, de laboureur, de vigneron, agissent plutôt sur les muscles extenseurs de la colonne vertébrale que sur le psoas, et rarement dans le lumbago, dont ces ouvriers sont si fréquemment atteints, l'on remarque la participation de ce muscle.

Par les contractions saccadées, brusques et comme convulsives qu'ils déterminent, les plaisirs vénériens amènent souvent, ainsi que l'avait déjà remarqué Tissot, un lumbago dans la manifestation duquel les symptômes du psoïtis entrent pour beaucoup; dans ce cas, la maladie passe souvent à l'état chronique, se termine quelquefois par suppuration, et il serait possible qu'un certain nombre des abcès par congestion produits par le coït immodéré et regardés comme dus au mal de Pott, n'eussent pour origine qu'une suppuration du psoas. L'on voit souvent des individus qui ont abusé des fonctions génitales, porter leur corps en avant, la colonne vertébrale légèrement penchée sur le bassin et le bassin sur les cuisses, les membres inférieurs gênés dans leurs mouvements, éprouver des douleurs sourdes dans les aines, les fosses iliaques, et profondément le long des lombes, phénomènes qui ne sont, suivant moi, que l'effet d'une inflammation lente des muscles psoas. Quelquefois alors, malgré la cessation de la cause qui les a déterminées, ces infirmités ne disparaissent plus, le muscle ayant éprouvé une espèce d'induration par le dépôt entre ses fibres d'une matière plastique qui empêche la contraction.

Causes traumatiques. Par leur profondeur, les psoas sont le plus souvent à l'abri de l'action des corps contondants et des chûtes; lorsque les instruments piquants arrivent jusqu'à eux, ils déterminent toujours d'autres lésions plus importantes et qui ont le plus souvent une issue fâcheuse. *Dans les trois journées*, un ouvrier reçut dans le flanc gauche un coup de baïonnette qui traversa toute l'épaisseur du psoas, il mourut quelques jours après d'une péritonite; le muscle fut trouvé rouge, tuméfié, la suppuration s'était établie dans le trajet de la plaie. Tous les efforts capables d'opérer la rupture des fibres du muscle peuvent en amener l'inflammation; ainsi, la course, le saut, l'action de grimper sur les arbres, la danse très-animée, les exercices acrobatiques. Le docteur Garan met encore dans le nombre l'action de soulever de pesants fardeaux, le corps étant fortement penché en arrière. A la suite d'un effort violent pour soulever un baquet, un garçon vinaigrier, cité par M. Déramé, ressentit dans le flanc droit une douleur subite, qui devint très-violente et s'irradia jusque sur la partie de la cuisse; plusieurs abcès se formèrent aux lombes et au haut du membre

inférieur, ils furent ouverts et le malade mourut dans le marasme: l'autopsie montra une rupture du psoas. Une chûte sur la partie postérieure du bassin, le haut du corps et les membres inférieurs n'étant pas soutenus, pourrait encore, en outrant l'extension des cuisses, occasionner la rupture du muscle.

Il nous reste encore à parler d'une cause traumatique du psoïtis, celle de l'accouchement; cette cause est si fréquente, si spécialisée; elle a été déjà si souvent notée par les médecins, que je suis étonné que les traités d'accouchements, publiés récemment, n'en fassent pas mention dans la partie qui s'occupe de la pathologie de la femme en couches; je crois même que cette lésion est encore beaucoup plus commune que ne l'ont dit les observateurs qui se sont occupés du psoïtis, car ils n'ont remarqué que les cas graves et qui s'étaient le plus souvent terminés par des abcès. Depuis que je m'occupe du psoïtis, sur environ dix femmes accouchées à la Maternité de Toulon, l'une d'elles, qui, dans le mois de mai dernier, s'était levée le lendemain de l'accouchement et avait voulu reprendre ses occupations, fut obligée de se remettre au lit à cause des douleurs qu'elle ressentit dans les aines, le haut des cuisses et la région rénale; ces douleurs augmentaient par l'extension des cuisses: quelques jours de repos firent disparaître ces accidents. Ce fait est pour moi assez concluant pour me faire admettre que j'avais sous les yeux un léger psoïtis.

Le docteur Ménard, de Lunel, est le premier qui ait attiré l'attention des médecins sur le psoïtis puerpéral, dans un travail renfermé, en 1826, dans le recueil des mémoires de la Société royale de médecine de Marseille; il cite quatre observations qui toutes ont présenté des symptômes de psoïtis: deux se sont terminés par résolution et deux autres par suppuration; chez l'un de ces derniers, le pus suivit la marche propre aux abcès du psoas, l'abcès se forma au pli de l'aine et au haut de la cuisse, sur le tendon du muscle malade; mais chez l'autre, il suivit une route qui me paraît peu propre à faire croire qu'il appartenait à un abcès du psoas; il s'ouvrit une issue par le rectum, ce qui me fait penser que, dans ce dernier cas, existait, en même temps que le psoïtis, une inflammation du tissu cellulaire du bassin, qui se termina par suppuration, tandis que l'affection du muscle n'arriva pas jusqu'à cette période.

Depuis le docteur Ménard, tous les auteurs qui se sont occupés du psoïtis ont regardé l'accouchement comme l'une de ses causes, et le plus grand nombre des observations du docteur Kyll, de celles renfermées dans divers recueils scientifiques, ont pour sujet des femmes en couches.

Cherchons maintenant à nous rendre compte de l'action de cette cause. Kyll croit que c'est à un écartement forcé des cuisses, au moment de la sortie de l'enfant, qu'est due la déchirure de quelques fibres du psoas, à la suite de laquelle survient l'inflammation; mais cette explication n'est pas satisfaisante, et celle du docteur Ménard nous paraît beaucoup plus évidente, et se présente naturellement à l'esprit de celui qui connaît le mécanisme de l'accouchement et la position anatomique de la partie moyenne et charnue du muscle psoas. Cette partie renflée et constituant le ventre du muscle, est appliquée en arrière sur le devant du ligament iléo-lombaire, l'aileron du sacrum, le muscle iliaque, et répond en avant aux vaisseaux iliaques externes et au péritoine; son bord interne dépasse la portion osseuse du détroit supérieur dont il diminue le diamètre transverse de deux centimètres et demi; par sa direction, elle change la forme du trigone curviligne que présente ce détroit; à l'état sec, la base de ce trigone est en arrière et elle devient antérieure lorsque les psoas sont en place. Les accoucheurs considèrent les psoas comme servant de coussin à l'utérus développé, et destiné à le protéger par leur élasticité contre les chocs et les secousses que la locomotion produit à chaque instant. Le rétrécissement du détroit qu'ils occasionnent est diminué par leur relâchement, lors de la flexion des cuisses; aussi, cette position favorise le passage de la tête de l'enfant, les psoas se laissant alors facilement déprimer sans qu'il en résulte le moindre accident. L'on pourrait donc plutôt regarder l'extension des cuisses pendant le travail comme cause de psoïtis, que leur écartement, ainsi que le prétend Kyll; la première position fait naître une résistance par la tension des fibres musculaires, tandis que la seconde ne produit presque aucun effet. Mais outre ce cas, qui doit être rare, puisque instinctivement la femme fléchit ses cuisses au moment des douleurs,

et qui peut facilement être éludé, si parfois il se présentait, il peut se faire que le détroit soit naturellement rétréci dans les parties dures, ou que le muscle soit plus volumineux qu'à l'ordinaire et fasse une plus grande saillie, et alors lorsque l'occiput arrivera à ce détroit, il s'y engagera difficilement et ce ne sera que par les contractions réitérées de la matrice, aidée de celle des muscles abdominaux qu'il pourra vaincre cet obstacle; alors aussi, le muscle qui recevait tous les efforts par l'intermédiaire d'un corps dur, pourra être lésé, contus et son inflammation survenir si la femme ne garde pas le repos et commet l'imprudence de vouloir trop tôt reprendre ses occupations. Un autre incident, suivant moi, pourra venir augmenter cet effet. Je veux parler des obliquités latérales de la matrice, qui, en déviant le col de la partie centrale du bassin et lui faisant prendre une position latérale, demandent un travail beaucoup plus long, des contractions plus énergiques et font agir la tête du fœtus plus directement sur le muscle, dont la lésion sera encore plus facile.

Si la connaissance du mécanisme de l'accouchement n'était pas suffisante pour convaincre que la véritable cause du psoïtis est celle que nous venons de donner, les faits viendraient l'appuyer; dans toutes les observations du docteur Ménard, le psoïtis était à gauche, il en était de même chez la femme qui nous a présenté quelques-uns de ses phénoménes. Eh bien! chez toutes, l'enfant était venu en première position du sommet. Je ferai observer aussi que l'obliquité du corps de l'utérus étant beaucoup plus fréquente à droite qu'à gauche, et le col se trouvant toujours à l'opposé du corps, les faits ne viendraient pas contredire l'opinion que j'ai émise à cet égard.

Une observation consignée dans la *Gazette médicale* de 1839, et extraite du journal de Huffeland, semblerait donner à croire que la grossesse peut, dans certains cas, amener un psoïtis. Je vais donner un résumé de cette observation curieuse sous plus d'un rapport.

Une jeune femme de bonne constitution avait éprouvé, dès le commencement de sa première grossesse, une douleur dans les lombes et le membre abdominal droit. Lorsque le moment de l'accouchement arriva, la sortie de l'enfant ne put avoir lieu sans l'application du forceps, à cause d'une

tumeur qui siégeait sur la ligne innominée droite. Quelques jours après la fièvre se déclara, des douleurs très-vives apparurent dans les lombes et le haut de la cuisse ; on reconnut une tumeur dans la région iliaque. Un mois après de vives souffrances, un pus abondant, fétide s'échappa par le vagin ; la tumeur disparut, mais la fièvre hectique s'aggrava de jour en jour. Ce ne fut que lorsque la malade se trouva dans un état désespérant, qu'elle consentit à se laisser pratiquer une contre-ouverture dans un point placé à un pouce au-dessus des os des îles et à cinq travers de doigts en dehors de l'épine dorsale, point où il n'y avait ni tumeur ni fluctuation. Le pus s'écoula lorsque le bistouri fut arrivé à un pouce de profondeur; on fit des injections qui pénétrèrent dans le vagin. La cavité était d'abord énorme ; l'index pouvait parcourir toute la face interne de l'os des îles; elle diminua peu à peu, et un mois après la malade put quitter le lit et exécuter divers travaux ; mais lorsqu'elle voulait monter un escalier, elle avait une grande difficulté à lever la cuisse droite, ce qui provenait des pertes qu'avait éprouvé le muscle psoas iliaque, dont on avait vu s'échapper les fibres dans le liquide des injections.

Cette observation nous montre d'abord l'issue heureuse d'un cas très-grave de psoïtis, dans lequel la destruction d'une partie du muscle psoas ne peut être niée. L'on doit noter aussi l'ouverture de l'abcès dans le vagin, ouverture qui se conçoit très-bien ici par la contusion qu'ont éprouvées les parties, pressées qu'elles étaient par la tête de l'enfant. Cette contusion, par l'inflammation qu'elle a suscitée, a déterminé l'adhérence de ces parties entr'elles, et par suite leur destruction pour permettre la sortie du pus.

Elle nous montre encore à quelle hardiesse et à quels beaux résultats peuvent nous conduire des connaissances anatomiques précises. Guidé par elles, le chirurgien a osé pratiquer une contre-ouverture sur un endroit où n'existaient ni tumeur ni fluctuation.

Symptômes, Marche, etc. Le psoïtis, lorsqu'il est lié à l'inflammation des autres masses musculaires de la région lombaire, se déclare ordinairement tout-à-coup, suit une marche le plus souvent aiguë et parcourt en quelques jours ses diverses périodes ; il n'est pas rare cependant de lui

voir prendre une marche chronique, lorsque le même individu en a été plusieurs fois atteint.

Dans le premier cas, à la suite des causes que nous avons appelées fonctionnelles, une douleur vive s'empare des régions lombaire et rénale, les mouvements deviennent difficiles, le malade tient son corps penché en avant, et exaspère ses souffrances s'il veut abandonner cette position; la flexion et l'extension des cuisses sont bornées et pénibles, la marche ne se fait qu'à petits pas, une douleur sourde, une espèce de tension se fait sentir dans l'intérieur des fosses iliaques, s'irradie en bas du côté des cuisses et se prolonge en haut dans les flancs : ces symptômes n'existent souvent que d'un seul côté. Les remarques de Cœlius-Aurélianus et de Sydenham et la maladie du grand Boërhaave nous apprennent que cette affection prend quelquefois le caractère de la néphrite calculeuse; une douleur atroce *immanis dolor*, suivant l'expression de l'Hippocrate anglais, part des reins, se prolonge le long des uretères et semble venir se terminer vers le pubis.

Les symptômes généraux suivent toujours cette maladie, et le plus souvent des frissonnements dans diverses parties du corps annoncent son début : il y a des insomnies, de l'agitation, des angoisses qui obligent le malade à changer souvent de position; le pouls se développe et s'accélère, la chaleur devient brûlante, il y a de la soif, perte d'appétit, céphalalgie et parfois vomissements.

La résolution est la terminaison la plus fréquente, et après quelques jours de durée, l'on voit les symptômes décroître et la santé se rétablir; quelquefois cependant, ainsi que Morgagni nous en fournit un exemple, l'inflammation arrive à la période de suppuration et l'on voit des abcès se former dans divers points, suivant que le pus provient de telle ou telle partie.

Si un individu, continuellement exposé par la nature de sa profession aux causes qui développent cette maladie, en a plusieurs fois été atteint durant le cours de sa carrière, l'on voit s'établir chez lui une susceptibilité plus grande à la contracter à mesure que les accès ont été plus nombreux; la maladie alors prend aussi un autre caractère, elle est moins violente, sans symptômes réactionnels, mais elle est presque continuelle et les mouvements dans les lombes et dans les cuisses deviennent toujours

plus pénibles et finissent par se perdre totalement; ces parties sont dans un état permanent de demi-flexion; il paraît qu'alors les muscles éprouvent une certaine altération de texture par le dépôt interfibrillaire de la lymphe plastique exhalée à chaque nouvelle inflammation; cette altération entrave la contraction et tient la région lombaire dans l'immobilité, je crois qu'elle est bien souvent la cause première des ossifications qui, chez certains vieillards adonnés toute leur vie aux travaux rudes, recouvrent les disques inter vertébraux et convertissent en un seul os toutes les vertèbres de la région.

Dans le psoïtis qui succède aux causes traumatiques et que les auteurs modernes ont appelé psoïtis chronique, bien qu'il se présente souvent à l'état aigu et que ce ne soit que dans la période de suppuration qu'il prend une marche lente, les symptômes sont moins prononcés et ne réveillent pas dès leur début des phénomènes généraux; le malade éprouve des douleurs locales, de la gêne, de la difficulté dans les mouvements. Un ou deux septenaires suffisent pour la guérison du la maladie, lorsqu'elle doit se terminer heureusement; mais lorsqu'elle passe à la suppuration, les accidents morbides se prolongent et finissent par devenir graves. Nous allons en faire l'exposition d'après l'excellent travail du docteur Kyll; mais auparavant nous rappellerons ce que nous avons déjà dit, que, pour nous, la suppuration n'était pas aussi fréquente que ce que semblerait le faire croire les observations publiées à ce sujet. Des recherches sont encore à faire sur ce point, et nous pensons qu'elles apprendront que les exemples fournis jusqu'à ce jour ne sont que des formes extrêmes et que bien souvent les cas moins graves sont passés inaperçus. Sur quatre observations, M. Ménard en a vu deux seulement se terminer par suppuration et nous sommes porté à croire que cette proportion est encore trop forte dans l'état ordinaire des choses.

Suivant Kyll, lorsque la suppuration arrive, la maladie prend une marche lente, obscure, insidieuse, et ce n'est qu'après plusieurs semaines et quelquefois plusieurs mois que le pus vient former un abcès au-dehors. Une douleur siège à la région lombaire, s'irradie vers l'aine et la cuisse, est exaspérée par la flexion et l'extension de cette dernière; il y a tension vers la colonne vertébrale; si le malade veut marcher, il boîte et se courbe

en avant (1) ; il monte plus facilement qu'il ne descend un escalier, les ganglions de l'aine sont engorgés ; enfin, le malade est obligé de discontinuer ses affaires, la douleur devient plus fixe, plus aiguë, la température s'élève, les mouvements deviennent plus difficiles, la fièvre et le frisson se déclarent, les ganglions se tuméfient davantage, l'urine dépose un sédiment puriforme, il y a diarrhée avec coliques vives, toux, expectoration purulente, oppression, enfin tout le cortège de la fièvre hectique, qui ne tarde pas à prendre une grande intensité si un abcès se forme et s'ouvre de lui-même.

Il ne faut pas croire, d'après l'exposé précédent, que tous les psoïtis graves prennent ce caractère de chronicité; dans l'observation de M. Déramée, citée plus haut, les symptômes marchèrent très-rapidement et amenèrent en peu de jours des collections purulentes volumineuses et une issue funeste ; dans celle de la *Lancette française*, la mort arriva au bout de trois ou quatre jours.

Nous avons à nous occuper maintenant du trajet que suit le pus formé dans la gaîne du psoas pour arriver à l'extérieur; nous avons déjà dit que le docteur Garan, appuyé sur des données anatomiques et exactes, avait précisé les points où ces abcès peuvent se former et nous avons paru adopter ses idées; cependant, nous admettons que quelquefois le *fascia iliaca* peut former des adhérences avec les parties environnantes, être attaqué par l'ulcération et laisser échapper le pus par des endroits autres que ceux qu'il choisit habituellement ; mais ces cas doivent être rares, vu la résistance de cette membrane et son peu de susceptibilité à être atteinte d'inflammation.

M. Garan admet trois points par où le pus peut venir former abcès au-dehors, et il cite des observations à l'appui de chacun de ces cas. Dans le premier, le pus, après avoir percé les feuillets aponévrotiques du muscle transverse, qui ne sont le plus souvent que celluleux, vient faire saillie dans l'espace triangulaire de J.-L. Petit : c'est le cas le plus rare ; on en trouve un exemple dans la chirurgie de Lamotte. Dans le second trajet, qui

(1) Ce signe, regardé comme pathognomonique par Kyll, avait déjà été noté par Vogel et par Richter.

est le plus commun, le pus arrive à l'extérieur en suivant la direction du muscle, sort par l'arcade crurale et vient former la collection vers le bas de la région inguinale et à la partie supérieure et interne de la cuisse. Dans le troisième cas, qui, suivant M. Garan, est favorisé par le décubitus dorsal, le pus descend jusqu'à l'arcade crurale en fusant sous le *fascia iliaca*, mais arrivé là, il glisse entre les deux feuillets du *fascia transversalis*, dont le postérieur est quelquefois formé, d'après M. Jules Cloquet, par le *fascia iliaca*, qui un peu en dessus de l'arcade crurale, s'éloigne du faisceau psoas iliaque; avec le *fascia transversalis*, le pus remonte au-dessus du ligament iléo-pubien, sur la partie antérieure et latérale de l'abdomen, dissèque les muscles dans différents sens et, après avoir formé de nombreux foyers, se présente enfin sous la peau.

Anatomie pathologique. Les occasions d'ouvrir des cadavres dans la période aiguë du psoïtis ont été rares; mais il n'en a pas été de même lorsqu'il s'est agi de constater les suppurations chroniques, primitives ou secondaires du muscle. Il est vrai que Baillou, Baglivi, Morgagni, Plater avaient déjà vu dans le lumbago les muscles des lombes ramollis, faibles, d'une couleur brune ou grise, encombrés de grumeaux de sang interposés entre leurs fibres; que M. Gendrin, dans son *Traité anatomique de l'inflammation*, cite l'observation d'une malade morte à la suite d'une maladie aiguë avec symptômes de lumbago, chez laquelle on trouva le muscle psoas d'une couleur rouge lie de vin, infiltré de sang noir, mou, facile à déchirer, et présentant entre ses fibres des fusées de pus qui se réunissaient en un foyer assez considérable dans le tissu cellulaire adjacent. Mais ces notions ne suffisent pas pour donner une description complète des changements que l'inflammation, à ses divers degrés, fait éprouver au psoas. Faute de matériaux nécessaires, nous serons donc obligé d'appliquer à ce muscle ce qui a été observé dans les organes de même nature situés dans d'autres régions, et ce qu'ont appris les expériences faites sur l'inflammation musculaire chez les animaux.

Mais avant d'aller plus loin, jetons un coup-d'œil sur une question qui est encore en litige. La fibre musculaire est-elle susceptible d'inflammation, et dans ce qu'on nomme *myosite*, n'est-ce pas seulement le tissu

cellulaire inter-musculaire qui est enflammé? Si l'on remarque l'union qui existe entre la fibre musculaire et l'élément glutineux qui semble la pénétrer partout et ne laisser, comme ne lui appartenant pas, que des globules de fibrine, l'on sera tenté d'admettre qu'à lui seul appartient cette lésion; mais si l'on ne considère le tissu cellulaire que comme servant à séparer les différents faisceaux et à réunir les fibres entr'elles, on sera entraîné à admettre l'inflammation du tissu sarceux, qui reçoit en abondance des vaisseaux sanguins et des nerfs, seules sources de toute inflammation. Ce qui nous porte encore à croire à cette dernière possibilité, c'est l'inflammation fréquente de la langue et du cœur, qui contiennent très-peu de tissu cellulaire. Ainsi, nous pensons que le plus souvent ces deux tissus sont en même temps enflammés, que le musculaire ne l'est jamais isolément, et que quelquefois, dans certains cas ordinairement secondaires, le cellulaire peut l'être sans la participation du premier. Des exemples de ce dernier fait se présentent dans certains phlegmons diffus, qui quelquefois ne se contentent pas de disséquer les muscles, de les dépouiller de leur barrière cellulaire, mais détruisent encore le corps qui isole et en même temps réunit leurs plus petits faisceaux. Nous avons eu un cas semblable à la clinique de l'hôpital de Toulon, dans le mois de février dernier. Le malade mort d'un phlegmon diffus, de toute la jambe gauche, d'une partie de la cuisse et de la face dorsale du pied, nous montra à l'autopsie les muscles de ces parties non-seulement entièrement disséqués, mais encore divisés en nombreux petits faisceaux noirâtres et faciles à déchirer. Des collections purulentes éloignées qui pénètrent les muscles détruisent leur tissu cellulaire et forment des fusées dans leur intérieur, comme il arrive souvent au psoas, à la suite de tuberculisations vertébrales, viennent encore le confirmer. Pour M. Cruveilhier même (*Dict. de méd. prat., art.* Muscles), le rhumatisme musculaire n'est que l'inflammation du tissu celluleux inter-musculaire, sans participation aucune de la part de la fibre charnue.

D'après les travaux de M. Gendrin et de Lobstein, le premier degré de l'inflammation musculaire est caractérisé par une injection marquée du tissu cellulaire interfibrillaire, une infiltration de sérosité plus ou moins épaisse, tantôt gélatineuse, tantôt sanguinolente, quelquefois très-abon-

dante; tout l'organe est plus dense, plus fragile, d'une rougeur plus intense que dans l'état normal : cette coloration n'est pas dissipée par le lavage. L'on remarque parfois une pulpe visqueuse, d'un rouge briqueté, infiltrée et incorporée dans un parenchyme filandreux, grisâtre et peu résistant. Si la maladie dure long-temps et est d'une faible intensité, le muscle diminue de volume; une lymphe glutineuse rougeâtre est sécrétée, elle se condense, se change en tissu cellulaire lamineux, et finit par revêtir un aspect fibreux et même fibro-cartilagineux. Si la phlegmasie a été violente et a duré peu de temps, l'on trouve non-seulement le réseau vasculaire gorgé de sang, mais ce fluide est encore épanché dans le tissu musculaire qu'il change en une pulpe lie de vin et qu'il rend tendre et facile à déchirer.

Lorsque la suppuration s'établit, le tissu cellulaire interstitiel change de nature, devient fongueux et une matière puriforme se dépose dans chaque cellule; plusieurs d'entr'elles se réunissent, constituent de petits foyers qui se réunissent à leur tour; la membrane pyogénique devient évidente, se fortifie et constitue une poche d'autant plus grande, que l'étendue des parties altérées est plus considérable; le tissu musculaire lui-même est en partie détruit et en partie refoulé à l'extérieur; dans ce dernier cas, l'abcès est contenu dans le tissu musculaire; dans le premier, c'est la gaine aponévrotique qui le borne. Mais revenons maintenant au muscle psoas, car c'est chez lui que l'on remarque surtout ces énormes collections purulentes.

L'observation de M. Gendrin, citée plus haut, nous donne une idée de ce qui se passe dans ce muscle lors du début de la suppuration; mais c'est dans les abcès chroniques, qui souvent succèdent au mal de Pott, que l'on peut voir toutes les lésions qu'il éprouve; quelquefois ce ne sont que des fusées, que des trajets purulents revêtus d'une membrane pyogénique, qui le traversent dans sa longueur sans le détruire et le refoulant seulement au-dehors; d'autres fois l'inflammation ulcérative, si bien décrite par Hunter, s'empare de la fibre musculaire elle-même, la détruit et à mesure qu'elle est résorbée, la membrane pyogénique s'agrandit et la remplace, souvent le tissu sarceux disparaît totalement et ce n'est que la gaîne fibreuse qui vient mettre une limite au développement de ce vaste

kyste traversé dans tous les sens par les vaisseaux sanguins et les nerfs, qui, comme l'aponévrose, résistent presque toujours à l'inflammation.

Mais comme l'absorption qui se fait à la surface de la membrane pyogénique n'est pas en rapport avec la sécrétion du pus qui s'y opère, et que cette dernière est plus forte, l'abcès augmente toujours et finit par se faire jour à l'extérieur par les points les moins résistants, qui sont ceux que nous avons nommés, lorsque nous avons décrit la marche de la maladie. Dans ce passage du pus au-dehors, la membrane pyogénique n'est pas rompue; mais comme ce n'est pas tout-à-coup qu'il s'opère et que la tumeur extérieure, d'abord très-petite, augmente peu à peu, sa nutrition augmente dans cet endroit, elle s'étend, s'allonge sans s'amincir, comme le fait la matrice dans son développement lors de la grossesse, comme le péritoine et diverses autres membranes naturelles le font lorsqu'ils sont obligés de se prêter à l'accroissement de certaines humeurs qu'ils recouvrent. La tumeur extérieure augmente graduellement, devient volumineuse; la peau qui la recouvre, distendue s'amincit et s'enflamme, la membrane pyogénique mal soutenue s'enflamme aussi, contracte adhérence avec la peau, l'ulcération s'en empare et le moindre mouvement finit par occasionner une rupture et l'issue du pus au-dehors.

C'est au génie du malheureux Delpech, qu'est due la première idée de faire jouer tout le rôle de la formation du pus à une membrane de nouvelle formation, et cette théorie, qui n'a été admise qu'en partie par les auteurs venus après lui, nous paraît essentiellement vraie. Pour nous, il n'y a jamais formation du pus sans qu'un organe spécial, une membrane pyogénique le sécrète; si on n'aperçoit pas cet organe dans les abcès aigus, c'est qu'il est trop mince, trop récemment formé; si quelquefois un détritus des parties lésées se trouve mêlé au pus, c'est que ces parties ont été frappées de gangrène et qu'elles ont été emprisonnées dans le sac purulent, la membrane pyogénique s'étant développée sur les limites des parties restées vivantes; la réunion de plusieurs petits abcès en un seul volumineux ne contredit pas la théorie. Nous l'avons dit, dès le début, cette membrane est peu marquée, peu évidente et il est facile de concevoir sa rupture lorsque la sécrétion qui s'opère est trop rapide et ne permet pas à

sa nutrition de suffire à un développement assez prompt. Il pourrait se faire aussi que, dans les commencements, la membrane n'eût pas la forme enkystée et qu'elle existât seulement dans certains points des parties qui entrent en suppuration. Dans ces cas, le pus se trouve un moment immédiatement en contact avec les organes, et s'unit à celui d'autres petits foyers qui se trouvent dans le même état, mais bientôt la membrane se développe sur tous les points que le pus touche, et ce fluide s'y trouve définitivement contenu. Si cette membrane n'est pas toujours apercevable, il n'est pas à dire pour cela qu'elle n'existe pas; les synoviales sur les cartilages articulaires, les muqueuses à l'intérieur de divers organes, de la matrice entr'autres, ne le sont pas davantage, et cependant la généralité des anatomistes ne balancent pas à les y admettre,

Des désordres divers se remarquent aux environs du kyste purulent et il n'est pas rare de voir les organes voisins contracter entr'eux des adhérences morbides, être couverts de pseudo-membranes; quelquefois les vertèbres, quoique saines primitivement, finissent par être attaquées de carie. J'ai vu à l'amphithéâtre de Marseille, en présence de MM. Cauvière et Roux (de Brignolles), les tendons du grand et du petit psoas ossifiés chez un sujet qui mourut d'un abcès qui avait complètement détruit le psoas; ce fait milite en faveur de l'opinion du professeur Lallemand, qui regarde l'ossification morbide comme la suite d'un certain degré d'inflammation.

Pronostic. Le psoïtis aigu, fébrile, qui naît spontanément sans causes physiques bien évidentes et qui est accompagné de l'inflammation des autres muscles des lombes, n'est pas ordinairement grave et se termine le plus souvent d'une manière heureuse; cependant, dans certains cas d'une grande violence, il peut devenir mortel par les fortes réactions générales qu'il détermine et qui amènent des complications redoutables sur des organes importants; il arrive même quelquefois que les désordres locaux qui le suivent, produisent ce résultat funeste. Si ce psoïtis se répète souvent, il finit aussi par avoir des suites fâcheuses, en ce qu'il oblige le malade à discontinuer ses

travaux à des époques de plus en plus rapprochées, et même à les cesser tout-à-fait, tellement les récidives deviennent alors faciles et les mouvemens des parties malades perdent de leur étendue et deviennent difficiles.

Lorsque le muscle a été largement déchiré, que son inflammation est violente et que la gangrène se déclare, la mort arrive ordinairement en peu de jours. Lorsqu'au contraire la lésion est peu forte, que le muscle est seulement contus ou quelques-uns de ses fibres déchirés, la résolution s'opère le plus souvent et la santé se rétablit complétement.

La suppuration rend toujours la maladie grave, mais elle n'est pas toujours mortelle, suivant Kyll, même après le développement des accidens les plus redoutables de la fièvre hectique. Si même l'ouverture de l'abcès a été faite de bonne heure, et que les soins qui doivent suivre cette opération soient bien dirigés, la santé se rétablit le plus fréquemment, et il ne reste des suites de la maladie qu'une altération plus ou moins grande, quelquefois l'abolition complète des mouvements de flexion de la cuisse, suivant que la destruction du muscle a été plus ou moins grande. Mais si l'on est resté trop long-temps d'ouvrir l'abcès, ou qu'il se soit ouvert de lui-même, que la peau soit amincie dans une grande étendue et que le liquide prenne une mauvaise nature, le malade finit par succomber dans le marasme le plus complet.

Diagnostic Nous donnerions une extension démesurée à ce paragraphe, si nous voulions approfondir le diagnostic différentiel de toutes les affections avec lesquelles le psoïtis ou les abcès qui en sont la suite peuvent être confondus. Pour éviter ces longueurs, nous ne nous arrêterons qu'un instant sur la distinction à établir entre le psoïtis et la néphrite, les inflammations et les abcès du tissu cellulaire du bassin et le mal de Pott, et nous ne mentionnerons pas une foule d'autres cas moins en rapport avec l'objet que nous avons en vue.

C'est ainsi que nous ne dirons rien du diagnostic à établir entre les différentes tumeurs de l'aine, étude si intéressante pourtant et qui est d'une nécessité si grande dans la pratique; des hommes célèbres, doués de connaissances remarquables, n'ont pas toujours ici été à l'abri de l'erreur, c'est dire assez avec qu'elle prudence et qu'elle circonspection

l'on doit agir. Mais nous ne saurions mieux faire que le professeur Bérard, c'est donc à son travail que nous renvoyons. (*Dict. de Méd.*, 2me édit., art. *Aine.*)

Ce qui distingue la néphrite du psoïtis, c'est surtout les dérangements dans la sécrétion de l'urine, qui existent toujours dans la première; ainsi les urines sont rares, sanguinolentes, souvent glaireuses, leur excrétion est souvent douloureuse; il y a aussi dans la néphrite rétraction vers l'anneau du testicule correspondant, liberté entière dans les mouvements du membre inférieur.

L'on a confondu souvent les abcès du tissu cellulaire du bassin, qui arrivent quelquefois à la suite de l'acouchement, mais qui sont le plus souvent produits par les colites intenses avec les abcès du psoas; cependant, dans ces derniers, la marche du pus au-dehors par des points déterminés, la difficulté des mouvements du membre et quelques autres symptômes du psoïtis les distingueront facilement des premiers, qui sont toujours précédés d'une vive inflammation du gros intestin, se forment le plus souvent dans la fosse iliaque droite aux environs du cœcum, viennent faire saillie au-dessus de la crête de l'os des îles et s'ouvrent ordinairement dans le canal intestinal.

Le diagnostic des abcès nés dans le psoas à la suite de son inflammation sans lésion des organes voisins d'avec les abcès du même muscle, mais tenant à une lésion osseuse, des vertèbres lombaires le plus souvent, nous paraît beaucoup plus important; car, suivant nous, le traitement doit être modifié pour chacun de ses cas.

Dans la tuberculisation vertébrale, le malade est d'une constitution scrophuleuse, porte des traces de cette affection et souvent des tubercules dans d'autres organes; la marche de la maladie est très-lente, il y a dépérissement avant qu'aucune tumeur fluctuante ne soit apparente, la région vertébrale est douloureuse, déformée dans un ou plusieurs de ses points, il y a quelquefois paraplégie plus ou moins complète. Dans le psoïtis, au contraire, le sujet est le plus souvent robuste, la suppuration arrive plus vite et la marche de l'abcès est moins lente, les symptômes de cachexie générale n'existent pas; la colonne vertébrale a sa forme normale, la maladie ne semble pas partir d'aussi profondément et les douleurs ont un autre

caractère; le membre correspondant n'est pas paralysé, mais la cuisse est seulement gênée dans ses mouvements par les douleurs qu'ils déterminent.

Traitement. Le psoïtis aigu, fébrile, et celui qui, à la suite de nombreuses récidives, passe à l'état chronique sans parvenir à la période de suppuration, demandent principalement des moyens médicaux; tandis que celui qui arrive à la suppuration, attend les principaux secours de la chirurgie.

Dans le psoïtis aigu, le malade gardera le repos au lit, sera mis à la diète et à l'usage des boissons rafraîchissantes ou légèrement acidulées; les muscles malades seront mis dans le relâchement le plus complet; c'est ainsi que le membre correspondant sera mis dans la demi-flexion et maintenu dans cette position par des coussins qui formeront sous la cuisse et la jambe un plan incliné et maintiendront le genou dans une position élevée. Des cataplasmes émollients, quelquefois laudanisés seront appliqués sur les régions douloureuses; l'on aura recours aux bains de siège, aux applications de sangsues et parfois aux ventouses scarifiées. La saignée générale ne devra pas être négligée, surtout si le malade est robuste, pléthorique ou l'inflammation très-vive.

Voilà pour le psoïtis le seul traitement qui, avec quelques révulsifs, est employé dans toute espèce d'inflammation par les médecins qui se disent physiologistes et qui le décorent du titre pompeux de traitement rationnel

Mais ne sont pas moins grands physiologistes, suivant nous, les médecins qui, s'adressant à la composition chimique des tissus et des liquides organiques, cherchent à la modifier par des substances qui agissent spécialement sur elle; c'est ainsi que les mercuriaux et quelques autres médicaments de ceux qu'on a appelés du nom significatif d'altérants, peuvent rendre de grands services dans toute espèce d'inflammation. Le mercure agit sur l'économie en défibrinant le sang, en le rendant moins plastique, en atténuant ses propriétés existantes, et l'on sait de quel emploi avantageux il a été dans le traitement d'un grand nombre d'inflammations graves. C'est en vain que nous avons long-temps refusé au calomel les vertus

antiphlogistiques qu'il possède; relégué en Angleterre, il a fini par s'impatroniser dans notre médecine; et qu'on ne vienne pas dire qu'il agit seulement comme révulsif, car les effets qu'il produit, la salivation qu'il détermine si souvent, l'absence des selles quand on le donne à doses réfractées, nous montrent qu'il agit sur les liquides animaux; les frictions mercurielles mieux que lui encore nous prouvent ce mode d'action.

Les purgatifs, outre une vertu révulsive que dans la plupart des cas on ne peut pas leur contester, mais à laquelle on a fait jouer un trop grand rôle dans ces derniers temps, agissent dans le même sens que les saignées; car en dépouillant le sang de sa partie séreuse, ils lui enlèvent par contre-coup de sa partie fibrineuse, et diminuent par conséquent sa masse totale. Des expériences modernes, en effet, ont prouvé que la fibrine et les globules ne pouvaient exister que dans une certaine proportion, par rapport à la sérosité, et que celle-ci diminuant, les autres diminuaient nécessairement.

Mais sont encore, d'après nous, plus grands physiologistes ceux qui s'adressent directement aux forces organiques qui mettent tout en jeu dans la nature vivante; ceux qui cherchent à modifier ces forces, à les atténuer ou à les exciter toutes les fois qu'elles s'écartent de leur action normale. C'est ainsi qu'on ne peut plus rejeter parmi les rêveries certains principes de la doctrine Italienne, qui, sous un aspect tout hypothétique, nous semble cacher souvent de grandes vérités. Nous convenons que sa thérapeutique, souvent trop hardie, bien aventureuse, s'est trop empressée de classer suivant ses principes des substances qui laissent encore beaucoup de doutes sur leur mode d'action; mais, on ne peut disconvenir qu'elle a souvent produit des effets merveilleux et qu'elle ne peut plus être négligée dans une foule de maladies, surtout dans les inflammations. On ne peut plus mettre en doute l'action antiphlogistique affaiblissante du tartre stibié, du nitrate de potasse et de tant d'autres substances qui, jusque dans ces derniers temps, ont été réputées comme excitantes (1).

(1) Les purgatifs que nous avons mis au nombre des antiphlogistiques spoliateurs du sang, sont considérés comme contre-stimulants par l'école italienne. Nous partageons cette opinion avec un grand nombre de médecins de l'époque, et nous croyons que les purgatifs ont une action dynamique hyposténisante qui est peut-être la cause éloignée de l'autre propriété que nous leur avons d'abord reconnue.

D'après ces idées, on doit penser que nous ne balancerions pas dans un psoïtis avec réaction générale grave, d'avoir recours à ces moyens.

C'est dans le psoïtis chronique, qui tend à se perpétuer, que les révulsifs locaux, les vésicatoires, les cautères, les liniments excitants, ammoniacaux, doivent être employés ; les bains et douches de vapeurs ne doivent pas non plus être négligés.

Mais lorsque la maladie passe à la période de suppuration, à quel traitement doit-on avoir recours? Nous avons dit, en commençant, que c'était des moyens chirurgicaux bien dirigés, de l'évacuation du pus pratiquée en temps opportun que l'on devait espérer les résultats les plus heureux. Cependant il est encore d'autres médications qui ne doivent pas être négligées ; ainsi, dès que l'on reconnaîtra que le pus est formé, il faudra soutenir les forces du malade si elles le demandent par de légers toniques, des aliments de facile digestion ; il faudra même tâcher d'exciter la disparition du foyer par l'absortion du pus, tant qu'il ne sera pas accessible au bistouri. Cette absorption, quoique très-rare, n'en est pas moins réelle, elle a été observée par Dupuytren dans plusieurs cas d'abcès bien formés, et presque tous les pathologistes l'admettent. Les larges vésicatoires appliqués sur les parties rapprochées du mal, les révulsifs intestinaux devront être employés dans ce but. Samuel Cooper (Dict. de chir., art. *Abcès lombaires*) cite un chirurgien Anglais, M. Crowther, qui est parvenu par ces moyens au résultat qu'il cherchait dans des abcès de l'aine, qui faisaient déjà une grande saillie au-dehors ; il cite aussi une observation de M. Villmot, qui, dans un cas semblabe, vit le pus disparaître et être remplacé par un fluide élastique, qui, lui-même, disparut bientôt.

Cependant nous croyons que ces moyens bons tout au plus tant que l'abcès est intérieur, doivent être remplacés par de plus sûrs, dès que le pus forme une tumeur au-dehors.

Dans ces derniers cas, quelle est la conduite à tenir? Doit-on ouvrir l'abcès dès qu'il se présente, ou attendre qu'il soit très-développé ? Quel est le procédé qui doit être suivi pour pratiquer cette ouverture ? Doit-on chercher à avoir une ouverture permanente ou tâcher d'obtenir sa cicatrisation le plutôt possible et dès l'évacuation du kyste?

Toutes ces questions sont encore en litige et je pense qu'elles le seront

encore long-temps, si l'on ne cherche pas à établir une différence dans la manière d'agir, suivant qu'on a à faire à un abcès, suite du psoïtis primitif, ou à un abcès qui ne s'est développé que consécutivement à une maladie du tissu osseux environnant, le plus souvent de la tuberculisation vertébrale. Dans ce dernier cas, le malade doit éprouver des accidents graves aussitôt l'ouverture de l'abcès pratiquée, la cause qui produit le pus existant toujours ; la suppuration doit se perpétuer et finir par amener une issue funeste, si la fièvre hectique, si l'inflammation de la pyogénique ne la provoquent pas elles-mêmes. Ici je crois donc que pour prolonger les jours du malade l'on doit retarder le plus long-temps possible l'évacuation du liquide, et que lorsqu'on se décide, l'on doit choisir une méthode qui permette le prompt recollement des bords de l'ouverture. Le procédé Abernethy, qui consiste à faire une simple ponction avec la lancette et dont on réunit les bords, dès que le kyste est vidé, doit être préféré ; il est vrai qu'après que cette opération a été pratiquée un certain nombre de fois, la plaie reste fistuleuse et que bientôt après le malade succombe.

La méthode ou plutôt la chirurgie sous-cutanée, dont la connaissance est due à M. Jules Guerin, qui en si peu de temps a su, par son esprit généralisateur, la poser sur des principes certains et en étendre prodigieusement les applications, cette chirurgie, disons-nous, qui doit changer la face de la médecine opératoire sur un grand nombre de points, pourra devenir et est déjà devenue, à ce qu'il paraît (Voy. *Gaz. méd.*, 17 avril de cette année), un procédé puissant pour prolonger les jours et peut-être amener à la guérison complète certains malades atteints du mal de Pott

Mais lorsque le pus a pris primitivement naissance dans le psoas, que ce muscle est seul plus ou moins profondément détruit, nous croyons que l'on doit maintenir l'ouverture béante jusqu'à l'oblitération complète du foyer ; nous pensons que l'on pourra, dans certains cas, aider ce recollement par une compression bien faite, par un espèce de bandage expulsif, appliqué le long du muscle malade.

Sans faire l'incision aussi grande que le recommande Kyll, sans avoir recours, comme lui, à l'emploi de l'éponge préparée, nous croyons qu'une incision modérée entre les lèvres de laquelle on interposera dans les

premiers jours quelques brins de charpie, suffira le plus souvent et amènera un résultat heureux .

Si cependant la tumeur extérieure était déjà volumineuse lorsqu'on est appelé auprès du malade, qu'il fût faible et que la maladie eût été violente et fit présager une grande destruction du muscle, je crois que l'on devrait se comporter, dans ce cas, à peu près comme si l'on avait à faire à un psoïtis secondaire, à un abcès suite de la tuberculisation vertébrale.

Deuxième Question.

Comment se comportent les globules du pus avec les acides et les alcalis ? Quelles sont en général les réactions chimiques du pus ?

Depuis quelques années, des recherches chimiques et microscopiques remarquables ont été faites sur les liquides animaux et particulièrement sur le pus; c'était surtout en vue de distinguer ce dernier des autres humeurs organiques que les Raspail, les Donné, les Bonnet de Lyon, les Mandl et tant d'autres auteurs distingués avaient entrepris leurs travaux.

Mais jusqu'à présent, ces recherches ayant donné des résultats très-divers et souvent opposés sur la forme, la nature et les réactions chimiques des globules purulents, de nouveaux travaux sont nécessaires pour concilier et rectifier ceux qui ont été déjà entrepris.

Suivant Vogel d'Erlangen, les globules purulents ne sont point attaqués par l'urine, la salive, l'alcool, l'éther ; l'eau les ramollit lentement ; les

acides et les alcalis les dissolvent, mais l'eau les précipite de nouveau. Leurs propriétés chimiques sont, en général, semblables à celles de la fibrine.

La partie liquide du pus est coagulée par le calorique, l'alcool et les acides minéraux ; les alcalis et particulièrement l'ammoniaque le convertissent en une gêlée visqueuse et filante. Cette dernière propriété a été regardée par Donné, comme pouvant servir à différencier le pus du mucus; mais Mandl fait entrevoir que ce signe est peu certain.

Pour arriver à la distinction de ces deux liquides, Vogel traite le pus par l'acide acétique; il se forme une émulsion et au bout de quelque temps les noyaux des globules se précipitent sous forme d'un sédiment jaunâtre; le mucus, au contraire, traité par le même acide, se coagule et perd ses propriétés. Darwin avance qu'en ajoutant de l'eau à du pus dissous dans l'acide sulfurique, le pus s'y précipite, tandis que le mucus placé dans les mêmes circonstances reste dissous.

Michaélis expose une gouttelette de pus à la flamme d'une bougie; il vient un moment où elle brûle à cause des globules graisseux, ce qui n'a pas lieu pour le mucus: cette expérience a en grande partie réussi à M. Bérard et Denonvilliers. Une expérience plus commune, mais moins précise, prouve que le pus versé dans l'eau, trouble ce liquide et gagne lentement le fond du vase, tandis que le mucus plus cohérant, reste en masse, trouble peu l'eau, surnage en longs filaments et se colle aux parois du vase.

Troisième Question.

Comment reconnaître une liqueur aqueuse ou alcoolique, tenant de l'opium en dissolution et mélangée avec la matière des vomissements?

L'on peut dire sans crainte que la chimie est encore impuissante pour faire reconnaître l'opium dans les matières vomies, et que l'on est encore

réduit à s'en tenir à quelques phénomènes physiques et physiologiques, qui n'ont jamais assez de valeur pour amener l'expert à se prononcer avec certitude.

Les procédés chimiques de MM. Lassaigne, Dublan et Hure ne sont pas propres à retrouver l'opium, lorsqu'il est mélangé à des matières organiques, qui l'ont décomposé, et surtout lorsque cette action de décomposition a été aidée, pendant plus ou moins long-temps, par la chaleur, le mouvement et la force vitale de l'estomac.

Le célèbre toxicographe d'Edimbourg, Christison, n'a pu retrouver l'opium dans les matières que contenait l'estomac d'une femme morte empoisonnée par deux onces de cette substance, et qui avait succombé en cinq heures. Il n'a pas été plus heureux dans un autre cas, la même dose ayant été avalée et les liquides de l'estomac ayant été repompés avec la sonde œsophagienne, deux heures après l'ingestion. C'est avec la plus grande peine qu'il a pu poursuivre quelques traces d'acide méconique dans une expérience faite avec dix grains d'opium brut mêlé à quatre onces de porter ou de lait.

L'odorat peut servir à donner quelques bons indices; et l'odeur prononcée, vireuse et toute spéciale de l'opium pourrait même devenir d'une grande importance, si elle n'était pas le plus souvent masquée par le grand nombre d'odeurs différentes qui s'exhalent des matières vomies. Cette odeur sera d'autant plus prononcée, que le vomissement aura eu lieu plus récemment. M. Orfila conseille de faire fortement chauffer le liquide, pour que cette odeur devienne plus évidente, quoique alors elle diffère un peu de ce qu'elle est ordinairement.

Les expériences faites, avec les mêmes matières, sur des animaux chez lesquels on connaît les effets physiologiques de l'opium, pourraient encore donner quelques bons résultats. Mais l'on a besoin de beaucoup de circonspection dans l'interprétation de ces divers moyens, et ce ne serait que fortifiés par des preuves concomitantes, qu'ils pourraient servir à fixer l'esprit de l'expert.

Quatrième Question.

Du Ptérygion.

Le ptérygion est une petite tumeur charnue, aplatie, ayant la forme d'un éventail, s'élevant de la conjonctive oculaire et s'avançant en se rétrécissant vers le centre de la cornée.

Le plus souvent il part de l'angle interne de l'œil ; cependant on le voit quelquefois prendre naissance en haut, en bas ou à la partie externe du globe oculaire; il n'est pas très-rare de voir deux de ces végétations sur le même œil, et quelques auteurs, MM. Pétrequin, Caron-de-Villard, Furnari entr'autres, en ont décrit une espèce, qu'ils ont nommée ptérygion en *Croix-de-Malte*, et qui consiste en ce que quatre ptérygions existent sur le même œil et viennent se réunir par leurs sommets sur le centre de la cornée. M. Roux (de Brignolles) m'a dit avoir rencontré cette variété.

Quant à la nature de la tumeur, les auteurs font mention d'un ptérygion variqueux, d'un autre graisseux et d'un troisième charnu. M. Rognetta n'admet que ce dernier ; pour lui, le premier n'est qu'une variété du pannus, et le second d'une espèce de pinguecula.

Certains auteurs, Lawrence en particulier, font mention d'un ptérygion malin, susceptible de prendre un caractère cancéreux. Mais dans ce cas, la maladie est d'une toute autre nature, c'est le véritable cancer de l'œil débutant par une végétation qui peut faire croire à un ptérygion. Je dois à M. Roux (de Brignolles), une observation de ce genre; la maladie vue superficiellement paraissait être un ptérygion; mais ce chirurgien ne s'y trompa point, il annonça aux parents une maladie grave. La mort du malade arrivée quelques années après, par suite du développement d'un cancer des plus hideux, vint confirmer ce pronostic.

Les causes du ptérygion sont inconnues (Furnari), difficiles à déterminer (Weller); irritantes : sable, poussière de chaux, petites pierres tombées dans l'œil; l'intensité de la lumière des climats chauds (Rognetta, Billard). Wardrops l'a observée sur un enfant qui venait de naître.

Pronostic. Favorable, excepté dans le cas où il précède le cancer de l'œil; dans ce cas, la tumeur présente près de la caroncule, au lieu d'un simple lacis vasculeux, une tumeur relevée, résistante, entourée de vaisseaux fortement injectés.

Traitement. Le ptérygion lorsqu'il est peu développé, qu'il n'a pas encore envahi la cornée, est une affection très-légère, qui n'occasionne presque aucune gêne, et pour laquelle les malades ne demandent jamais les secours du médecin. Mais lorsqu'il s'étend sur la cornée, il trouble la vision et nécessite l'excision. Pour arriver à ce but, on le saisit avec des pinces à *dents de rats*, on le soulève, on le fait craquer et on l'excise avec des ciseaux courbes. Des fomentations avec l'eau fraîche et ensuite avec des collyres émollients sont les seuls soins consécutifs que cette opération réclame.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen..... Clinique médicale.
BROUSSONNET ..... Clinique médicale.
LORDAT..... Physiologie.
DELILE..... Botanique.
LALLEMAND..... Clinique chirurgicale.
DUPORTAL..... Chimie médicale et Pharmacie.
DUBREUIL..... Anatomie.
DELMAS..... Accouchements.
GOLFIN..... Thérapeutique et Matière médic.
RIBES..... Hygiène.
RECH..... Pathologie médicale.
SERRE..... Clinique chirurgicale.
BÉRARD..... Chimie générale et Toxicologie.
RÉNÉ..... Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR, *Exam*..... Pathologie et Thérapeut. générales.
ESTOR..... Opérations et Appareils.
BOUISSON, *Président*..... Pathologie externe.

Professeur honoraire, M. Aug.-Pyr. De CANDOLLE.

Agrégés en exercice.

MM. VIGUIER
BERTIN.
BATIGNE, *Exam.*
BERTRAND.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY, *Exam.*
MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIER-LAFOSSÉ.
FRANC.
JALAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.